



Horizon NJ Health

Solicitud de representante personal

Instrucciones: Para solicitar un representante personal, complete la información solicitada a continuación, firme en el espacio correspondiente y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, HIPAA Team, 250 Century Parkway, Mt. Laurel, NJ 08054. Debe enviar un formulario aparte para cada miembro incluido en la póliza o cobertura, según corresponda. Escriba en letra de imprenta legible.

Información sobre el miembro: (marque con un círculo si es para el suscriptor o un dependiente)

Nombre (suscriptor/dependiente): _____

N.º de identificación de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por el presente, yo, _____, nombro a _____ para que
(miembro) (representante personal)

sea designado mi representante personal. Entiendo que esta solicitud se aplica a las comunicaciones enviadas provenientes de Horizon y sus socios comerciales sobre mi información privada. También entiendo que puede divulgarse información privada sobre salud mental o abuso de sustancias si he utilizados estos servicios.

Período de la representación: Desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____

NOTA: Si no se indica un período, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el miembro o su representante legal envíe a Horizon una notificación solicitando un cambio.

Finalidad de la representación: (seleccione una)

___ **Sólo consultas sobre la cuenta:** significa que Horizon puede divulgar información privada a la persona seleccionada, quien tendría acceso a información como: reclamaciones, inscripción, primas, apelaciones, etc.

___ **Correspondencia y consultas sobre la cuenta:** Horizon no sólo puede divulgar información privada a la persona seleccionada, sino que ésta recibirá toda la correspondencia que normalmente se dirigiría al miembro, por ejemplo, Explicaciones de beneficios, cheques, etc.

Por ese motivo, esta opción SÓLO debe seleccionarse si el miembro está seguro de que ya no desea recibir directamente información importante sobre la cobertura, ya que el representante personal la recibirá en su lugar (en general, únicamente en circunstancias de incapacidad o incompetencia [adultos], o bien en la representación de un niño; por lo común, no se utiliza para representación entre cónyuges).

Información sobre el representante personal: (necesaria a los efectos de la verificación de la privacidad)

Nombre (Apellido, nombre, iniciales del segundo nombre): _____

N.º del Seguro Social (sólo los últimos 4 dígitos): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Relación con el miembro: _____

NOTA: Si el representante fue nombrado por orden judicial o tiene otra designación legal (ejemplos: poder notarial, testamento vital, albacea o administrador de patrimonio de la sucesión testamentaria); debe adjuntar/incluir copias de los documentos oficiales si aún no las ha entregado. Si usted es un representante legal documentado, puede hacer esta Solicitud y firmar el formulario a continuación en nombre del miembro.

Firma del miembro/solicitante: _____ Fecha: ____/____/____
(marque con un círculo si es el miembro u otro solicitante)

Nombre en letra de imprenta: _____

Productos y políticas proporcionados por Horizon NJ Health y servicios brindados por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, cada uno de los cuales es una compañía independiente con licencia de Blue Cross and Blue Shield Association. Las comunicaciones podrían ser enviadas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, en calidad de administrador de programas y de relaciones con los proveedores para todas sus compañías.

© 2018 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.